

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ
ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА НАМН УКРАЇНИ»

ДУ «ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ
НАМН УКРАЇНИ»

АТ «МОТОР-СІЧ»

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ

ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ – ТРАВМАТОЛОГІВ



МАТЕРІАЛИ ТРЕТЬОЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО – ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ
СУГЛОБІВ ТА ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ»



УАОТ



ЗАОТ

Запоріжжя- Приморськ, 2018

Актуальні питання лікування патології суглобів та ендопротезування: матеріали третьої науково - практичної конференції, Запоріжжя, 6–8 вересня 2018 р./ЗДМУ, ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. професора М.І.Ситенка». – Запоріжжя, 2018. – 104 с.

Організатори конференції:

Запорізький державний медичний університет. МОЗ України.
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. професора
М.І. Ситенка НАМН України».

У збірнику представлені тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання лікування патології суглобів та ендопротезування», яка проведена 6 - 8 вересня 2018 року, згідно реєстру МОЗ України від 26.12.2017 року, посвідчення УкрІНТЕІ №75 від 20.02.2018 року.

ЗМІСТ

Баяндіна О.І., Ячник С.П. ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЯ В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ХРЯЩА КОЛІННОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ – МІКРОФРАКТУРУВАННЯ.....	10
Баяндіна О.І., Катюкова Л.Д., Ячник С.П., Яригін С.В. ВІДНОВЛЕННЯ ЧОТИРИГОЛОВОГО М'ЯЗУ СТЕГНА ЗА ДАНИМИ ДИНАМОМЕТРІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ.....	11
Беліков С.Б., Шаломєєв В.А., Цивірко Е.І., Айкін М.Д., Чорний В.М. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ БІОРОЗЧИННОГО МАГНІЄВОГО СПЛАВУ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ МЕТОДОМ ГАЗОІЗОСТАТИЧНОГО ПРЕСУВАННЯ.....	12
Бойко І.В., Щербаків Д.Є., Макаров В.Б., Сабсай О.В., Малий І.В. ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ ПРИ "НЕЩАСЛИВИЙ ТРІАДІ" ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА.....	14
Василенко А.В., Зазірний І.М. БІОМЕХАНІЧНА ОЦІНКА МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ВНУТРІШНЬО-СУГЛОВОВИХ, НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДЕМ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ (АО23-С3.).....	15
Веснин В. В., Голка Г. Г. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ.....	17
Гайко Г.В., Сулима О.М., Підгаєцький В.М., Осадчук Т.І. РЕВІЗІЙНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ З АСЕПТИЧНОЮ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЕНДОПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	18
Гайко Г.В., Лазарев І. А., Підгаєцький О. М., Осадчук Т.І., Сулима О.М. УМОВИ РЕВІЗІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ НАЯВНИХ ДЕФЕКТАХ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ (БІОМЕХАНІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ).....	19
Гайко Г.В., Грицай М.П., Підгаєцький В.М., Сулима О.М., Колов Г.Б., Козак Р.А. ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАНЬ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	21
Герасименко С.І., Гайко О.Г., Полулях М.В., Перфілова Л.В., Гужевський І.В., Бабко А.М., Полулях Д.М. МЕТОДИКА ЕЛЕКТРОПУНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ НА ДИСПЛАСТИЧНИЙ КОКСАРТРОЗ ІІІ-ІV СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ.....	23
Герасименко С.І., Бабко А.М., Костоґриз О.А., Костоґриз Ю.О. РОЛЬ «ДОРЗАЛЬНОЇ» СИНОВЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПІГМЕНТНИЙ ВІЛЛОНОДУЛЯРНИЙ СИНОВІТ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	25

Герцен Г.І., Дибкалюк С.В. НЕСТАНДАРТНИЙ СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДИНАМІЧНОЇ ЕКСТРАВАЗАЛЬНОЇ КОМПРЕСИ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ НА СЕГМЕНТАХ V1, V2 У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПОРУШЕННЯМ КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ НА ФОНІ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	27
Герцен Г.І., Штонда Д.В. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	29
Голка Г.Г., Бурлака В.В., Перхун М.В., Паламарчук В.В. НАШ ДОСВІД ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	29
Гужевський І.В., Герасименко С.І., Солодей І.І. МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ РОЗПОДІЛУ КОНТАКТНИХ НАПРУЖЕНЬ НА ПОВЕРХНЯХ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЕНДОПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ РІЗНІЙ ТОВЩИНІ ДНА ВЕРТЛЮГОВОЇ ЗАПАДИНИ.....	31
Дігтяр В.А., Зацепін А.В., Камінська М.О., Мохов О.І. ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН І ПУХЛИНОПОДІБНИХ УРАЖЕНЬ КІСТОК У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ БІОІМПЛАНТАТІВ.....	32
Дігтяр В.А., Шульга Д.І., Камінська М.О., Мохов О.І. МІНІІНВАЗИВНА КОРЕКЦІЯ КЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ.....	33
Дігтяр В.А., Садовенко О.Г., Камінська М.О., Щудро С.А. ОСОБЛИВОСТІ УРГЕНТНОЇ ЕНДОСКОПІЇ У ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ.....	34
Долгополов О.В., Безрученко С.О. КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМИ АКРОМІАЛЬНОГО КІНЦЯ КЛЮЧИЦІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ ПЛАСТИНОЮ НООК.....	35
Зінченко В. В. НЕУСКЛАДНЕНІ НИЗЬКОЕНЕРГЕТИЧНІ КОМПРЕСІЙНІ ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ.....	36
Калашніков А.В., Ставінський Ю.О., Осадчук Т.І., Літун Ю.М. ОДНОВИРОСТКОВЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ.....	37
Калашніков А.В., Малик В.Д., Лазарев І.А., Ставінський Ю.О., Літун Ю.М. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ.....	38
Канзюба А.І., Шимон В.М. ТОТАЛЬНА АРТРОПЛАСТИКА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТА З НЕДОСКОНАЛИМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ).....	38

(2003) грудинно-реберний I тип трапляється у 15 дітей (42,85%), реберно-грудинний II тип у 20 дітей (57,15%). За формою деформації частіше зустрічалась еліпсова та кругла. Признаки дисплазії сполученої тканини виявлені у всіх пацієнтів. Це проявлялось у вигляді деформації хребта (сколіоз або кіфоз), плоскостопості, малих аномалій розвитку серця, гіпоплазії легеневої тканини. Більшість дітей прооперовано у віці від 11 до 18 років, коли деформація грудної клітки мала найбільш виражені прояви. Прогресування деформації грудної клітки припадало на пубертатний період. Усім дітям виконувалось комплексне обстеження за загально прийнятою методикою. Оперативне лікування виконувалося способом малоінвазивної передньої торакопластики з використанням титанової пластини. Спосіб полягає в усуненні КДГК шляхом компресії титанової пластини в ділянках деформації передньої стінки грудної клітки, пластину проводять субфасціально нагрудинно-реберно через попередньо сформований тунель із двох розрізів в передне-аксілярних ділянках з обох боків.

Результати. У пацієнтів, оперованих за даною методикою, переливання еритроцитарної маси і препаратів крові не виконувалося. Середня тривалість оперативного втручання складала від 60 до 100 хв. Знеболювання наркотичними анальгетиками не проводилося. Застосували епідуральну анестезію, що дало можливість переводити пацієнтів у вертикальне положення та дозволяти ходити на другу добу після операції. Ранні післяопераційні ускладнення (консервативне лікування пневмотораксу) мали місце у одного хворого (2,85%). У відстроченому післяопераційному періоді виявлено розрив металевої ниті кріплення стабілізаторів у двох хворих (5,7%), серома в одному випадку (2,85%).

Результати лікування простежені у всіх пацієнтів після операції. Добрі результати отримані у 32 (91,4%) випадках, задовільні у 3 (8,6%), незадовільних результатів не визначено.

Висновки. Використання мініінвазивної передньої торакопластики за допомогою титанової пластини має переваги в порівнянні з резекційними методиками, а саме: відсутність резекції ребер та грудини, мобілізації загрудинного простору, скорочення терміну операції, менш виражений больовий синдром, відсутність міграції пластини, можливість росту та розвитку грудної клітки, усувається деформація з вдалим функціональним та косметичним результатом.

ОСОБЛИВОСТІ УРГЕНТНОЇ ЕНДОСКОПІЇ У ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ

Дігтяр В.А., Садовенко О.Г., Камінська М.О., Щудро С.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Дніпро. Україна

Актуальність. Ургентна ендоскопія реанімаційно-консультативними бригадами у хворих з політравмою важлива для покращення лікування дітей з ушкодженнями внутрішніх органів.

Мета дослідження. Проаналізувати необхідність ургентної ендоскопії на етапах надання медичної допомоги дітям з різними видами політравми.

Матеріал та методи. За останні 5 років (2013-2017 рр.) виконано 165 ендоскопічних досліджень у дітей з політравмою, ВЧМТ, ЗЧМТ. Виконано 21 ФГДС (фіброгастроуденоскопія), 9 - первинних, 12 - повторних, 144 ФБС (фібробронхоскопія), 41 - первинних, 103 - повторних. Загальна кількість дітей - 92, з них у віці до 7 років - 27 дитина, від 8 до 18 років - 65 дітей. Показаннями до екстреної бронхоскопії у дітей були невідкладні стани з гострою або прогресуючою хронічною дихальною недостатністю, що розвивалася внаслідок обтурації бронхів в'язким слизом, кров'ю, вмістом шлунку.

Результати та їх обговорення. Метою бронхоскопії була діагностика причини обструкції бронхів, відновлення їх прохідності для поліпшення легеневого газообміну. У

хворих, що знаходяться на ШВЛ, ФБС виконувалася через інтубаційну або трахеостомічну трубку. Оксигенація забезпечувалася вентиляцією через інтубаційну трубку з використанням спеціального коннектора. У дітей, які перебували на самостійному диханні, перевага надавалася масочному наркозу. Жорстка бронхоскопія виконувалася під наркозом з обов'язковим використанням міорелаксантів короткої дії. Під час проведення ФБС проводився постійний моніторинг вітальних функцій і визначення насичення гемоглобіну в артеріальній крові. Особливості ендоскопічного дослідження у дітей визначаються насамперед анатомічними особливостями органів дихання: невеликі розміри досліджуваних органів, підвищена рухливість стінок трахеї і бронхів, що ускладнює введення інструмента, а також схильність до набряку слизової оболонки, гіперпродукція бронхіального секрету.

При політравмі з пошкодженням легень і легеневою кровотечею бронхоскопія проводилася після виведення хворого з важкого стану, щоб уникнути поглиблення гіпоксії та виникнення рефлексорних розладів при наявності виражених порушень дихання і кровообігу. У перші години після травми є важливими заходи для відновлення кардіо-респіраторної рівноваги. Обов'язково проводилась декомпресія межистіння і плевральних порожнин при наявності напруженого пневмотораксу та емфіземи межистіння. Проводять санацію трахеобронхіального дерева шляхом аспірації вмісту трахеї і бронхів трансназальним катетером, бронхоскопом, інтратрахеальним введенням антибіотиків і ферментних препаратів, мікро- трахеостомією. Сучасне анестезіологічне обладнання дозволяє тривало застосовувати ШВЛ без розвитку трахеобронхіту і обструкції бронхів. У хворих з грубими порушеннями стовбурових функцій відзначається гіперпродукція слизового секрету, а також відсутність кашльового рефлексу, що призводить до виникнення ускладнень з боку органів дихання. Під час проведення ФБС застосовуються одноразові введення невеликих обсягів рідини з негайною аспірацією.

Висновки. Показаннями до екстреної бронхоскопії у дітей були невідкладні стани з гострою або прогресуючою хронічною дихальною недостатністю. Особливості ендоскопічного дослідження у дітей визначаються насамперед анатомічними особливостями органів дихання. При політравмі з пошкодженням легень і легеневою кровотечею бронхоскопія проводилася після виведення хворого з важкого стану. У дітей з політравмою проведення своєчасної бронхоскопії призводить до зниження кількості наступних повторних бронхоскопій і значно зменшує прояви запальних змін.

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМИ АКРОМІАЛЬНОГО КІНЦЯ КЛЮЧИЦІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ ПЛАСТИНОЮ НООК

Долгополов О.В., Безрученко С.О.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Київ, Україна

Вступ. Травматичні пошкодження акроміально-ключичного суглоба з вивихом акроміального кінця ключиці є поширеною травмою верхньої кінцівки. Вивихи акроміального кінця ключиці складають від 12% до 15% всіх дислокацій ділянки плечового поясу та 8% від вивихів інших локалізацій, займають третє місце після вивиху плеча та передпліччя. Оригінальна Ноок пластина була вперше використана для лікування вивиху акроміального кінця ключиці Balser та інш. в 1976. Її конструкція складалась з пластини, яка фіксувалась до акроміального кінця ключиці, та гачка, який заводився через акроміально-ключичний суглоб і фіксувався в ньому. З того часу даний фіксатор був багато разів модифікований, та після внесення змін в оригінальний дизайн гачок сучасних пластин не проходить безпосередньо через суглоб. На сьогоднішній день Ноок - пластина є популярним фіксатором при вивихах та переломах акроміального кінця ключиці. Тим не менш, сучасні дослідження показують велике